

AUTORIZACIÓN DE COBERTURA DE TRATAMIENTO

La autorización de tratamientos por parte del FNR se hará basándose en la evaluación técnica de las solicitudes, requiriéndose para ello el envío de la documentación que se especifica más adelante. El FNR podrá utilizar los mecanismos de asesoramiento que entienda necesarios, incluyendo segunda opinión médica, discusión en ateneos y requerimiento de documentación adicional.

Los estudios diagnósticos así como las complicaciones o efectos colaterales derivadas del tratamiento deberán ser resueltas por la institución en la cual se asiste la/él paciente.

REQUISITOS DEL TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN

ENVÍO DE LA SOLICITUD

Las solicitudes de tratamiento de Reproducción Asistida de Alta Complejidad, serán enviadas desde las Instituciones de Asistencia al FNR, en donde se estudiará la pertinencia de la indicación en función de la presente normativa, verificándose además el cumplimiento de los aspectos administrativos necesarios para dar curso a la misma.

INDICACIÓN

La indicación del tratamiento de Reproducción Asistida de Alta Complejidad constituye una etapa indisoluble del tratamiento integral del paciente, en consecuencia es responsabilidad directa del médico tratante y de la institución asistencial que da cobertura al paciente.

Formulario de Solicitud de Tratamiento de Reproducción Asistida de Alta Complejidad

El formulario de solicitud de Tratamiento de Reproducción Asistida de Alta Complejidad debe ser completado y firmado por el médico tratante (de preferencia ginecotocólogo especializado en Reproducción) de la Institución de Asistencia de la paciente, identificado con su número de caja profesional, que será enviado a la Clínica de Fertilidad.

La elección de la Clínica de Fertilidad deberá hacerse en la consulta de la paciente con su ginecólogo tratante. Para la elección de la Clínica de Fertilidad que realizará el procedimiento registrará en todos los casos la libertad de opción de la paciente.

El médico especialista en Reproducción Asistida responsable del tratamiento de la Clínica de Fertilidad elegida por la paciente analizará la pertinencia de la indicación.

Cuando se comparta la misma, remitirá el formulario de solicitud de tratamiento de Reproducción Asistida de Alta Complejidad a la Dirección Técnica de la Institución de Asistencia para su Aval y envío al FNR con toda la documentación correspondiente (hoja de identificación del paciente, hoja de aval del prestador integral de salud, formulario de elección de Clínica de Fertilidad y fotocopia de cédula de identidad), los exámenes de laboratorio y estudios diagnósticos.

Será requisito obligatorio la presentación de los siguientes estudios (fotocopia):

- Dosificaciones hormonales del 3er día del ciclo de FSH, LH y Estradiol.
- Dosificación de Progesterona día 21 del ciclo en mujeres con ciclos regulares.
- Dosificación de Hormona Antimulleriana*
- TSH, Prolactina, Andrógenos*
- Informe de ecografía con conteo y seguimiento folicular.
- Laparoscopia*, Histerosalpingografía*, Histerosonografía*, evaluación psicológica* y constancias de la Comisión Honoraria de Reproducción Asistida* requeridos en la presente Normativa.
- Exámenes de valoración general en la mujer: Hemograma, glicemia, crasis, creatininemia, orina, Grupo sanguíneo y Rh con una vigencia no mayor a 6 meses.
- Cariotipo*, valoración del X frágil*, estudio de trombofilias*: ACA, APA, Proteína C y S, Factor V de Leyden, MTHFR.
- Estudios de enfermedades infectocontagiosas transmisibles a ambos integrantes de la pareja (VDRL, HIV, VHB, VHC).
- Dos espermogramas con swim up.
- Estudio citogenética y mutaciones asociadas a fibrosis quística*
- Test de consumo de sustancias. Los estudios de despistaje de consumo de tabaco, marihuana y cocaína deberán tener una vigencia no mayor a 48 hrs. al momento del ingreso de la solicitud de cobertura de tratamiento de RA al FNR.

**Cuando corresponda y de acuerdo a lo establecido en la Normativa de cobertura*

Es imprescindible que el formulario de solicitud esté firmado también por el médico especialista en Reproducción de la Clínica de Fertilidad.

En caso de no compartir la indicación formulada, comunicará sus motivos al médico tratante de la Institución de asistencia de la paciente.

Formulario de Solicitud de Ciclo de Estimulación

El formulario de solicitud de Ciclo de Estimulación deberá ser completado por el médico especialista de la Clínica de Fertilidad elegida y deberá presentarse ante el FNR una vez que este haya enviado la **autorización** de la Solicitud de Tratamiento a la Clínica de Fertilidad.



La Clínica de Fertilidad remitirá el formulario de solicitud de Ciclo de Estimulación a la Dirección Técnica de la Institución de Asistencia para su Aval y envío al FNR con toda la documentación correspondiente (hoja de identificación del paciente, fotocopia de cédula de identidad, hoja de aval del prestador integral de salud y formulario de consentimiento de Régimen de copago adjuntando al mismo el Certificado/constancia de ingresos expedida por DGI, formularios de consentimiento informado: consentimiento para estimulación ovárica controlada, consentimiento para fecundación in vitro y transferencia de embriones, y **en caso de corresponder** consentimiento para fecundación in vitro con útero subrogado de la madre genética, consentimiento para fecundación in vitro con útero subrogado de la mujer subrogante, consentimiento para Biopsia testicular, consentimiento para fecundación in vitro y transferencia de embriones con espermodonación, consentimiento para fecundación in vitro y transferencia de embriones con ovodonación).

Los formularios de Solicitud de Tratamiento de Reproducción Asistida de Alta Complejidad, y de Solicitud de Ciclo de Estimulación deberán ser presentados en papel.

Formulario de Solicitud de Transferencia de Embriones en Ciclo Diferido

El formulario de Solicitud de Transferencia de Embriones en Ciclo Diferido deberá ingresarse en forma remota por el médico especialista de la Clínica de Fertilidad para lo cual contará con un usuario habilitado por el FNR.

Se deberá adjuntar en formato PDF el Consentimiento de Descongelación de Embriones y Transferencia Embrionaria.

Cuando se trate de una Transferencia de Embriones donados deberá adjuntarse en formato PDF el Consentimiento para Transferencia de Embriones Donados.

Formularios de Realización

Los formularios de Realización de Ciclo de Estimulación, de Realización de Transferencia de Embriones, de Evaluación de Transferencia de Embriones y de Resultado de Transferencia de Embriones deberán completarse en forma remota por el médico especialista en Reproducción Asistida de la Clínica de Fertilidad, para lo cual cada Clínica de Fertilidad contará con un usuario habilitado por el FNR.

Se deberá adjuntar en formato PDF los formularios de Ratificación del/los Consentimiento/s firmados previamente de acuerdo a lo establecido en el art. 7 lit. e) de la Ley 19.167.

El FNR registrará en su base de datos la información de estos formularios por lo cual es imprescindible registrar en forma completa todos los ítems consignados en los casilleros correspondientes. Cualquier omisión en su llenado será causal de devolución.

Se deberá adjuntar en formato PDF resumen de historia clínica que debe ser completo y claramente legible, detallando los procedimientos realizados, la respuesta observada, destacando los principales hechos clínicos, y la evolución.

El envío de este resumen de historia clínica es indispensable, ya que la información que se aporta en un formulario precodificado (altamente funcional a los efectos de registro) es necesariamente parcial y en ocasiones no refleja cabalmente la situación del paciente.

En caso que surja la necesidad de ampliar información respecto a la situación clínica y a la evolución, entre otros, el FNR podrá recabar información con el ginecólogo, con la paciente, con la institución de asistencia o con la Clínica de Fertilidad.

DOCUMENTACIÓN NECESARIA

- *Hoja de Identificación del paciente*

La hoja de identificación del paciente deberá ser adjuntada a los formularios de solicitud de Tratamiento de Reproducción Asistida y de Solicitud de Ciclo de Estimulación.

La Hoja de Identificación es un formulario pre impreso, cuyo modelo es aportado por el FNR y en donde deben ser llenados los datos identificatorios del paciente, el tratamiento solicitado, el médico responsable de dicho tratamiento y el aval de la Institución de origen (Director Técnico). Deberá incluir de manera visible uno o más números telefónicos en los cuales la paciente o su familia inmediata puedan ser ubicados así como **dirección de correo electrónico** (obligatorio).

- *Hoja de aval del prestador integral de salud*

La Hoja de aval del prestador integral de salud deberá presentarse junto con los formularios de solicitud de tratamiento de Reproducción Asistida y de Solicitud de Ciclo de Estimulación.

Deberá presentarse nuevo aval (formato papel) únicamente si se modificó la situación respecto al prestador integral de asistencia del inicio del tratamiento.

- *Fotocopia de Cédula de Identidad del paciente*

Deberá presentarse fotocopia de cédula de identidad cada vez que se presente la Hoja de identificación de la paciente

- *Hojas de consentimiento informado*

Cada Formulario de Solicitud (Tratamiento, Ciclo de Estimulación, Transferencia Embrionaria) deberá acompañarse de los formularios de consentimiento informado de

la paciente y su pareja cuando corresponda a los efectos de la realización del acto médico.

El médico tratante de la Institución de Asistencia recabará el consentimiento de elección de Clínica de Fertilidad. Deberá constar en el mismo la firma del médico tratante y de la paciente y su pareja en caso de corresponder.

El ginecólogo especialista de la Clínica de Fertilidad recabará los consentimientos detallados previamente aportados por el FNR. Deberá constar en los mismos la firma del ginecólogo especialista en reproducción y de la paciente y su pareja en caso de corresponder.

- *Formulario de Ratificación de Consentimientos*

El ginecólogo especialista de la Clínica de Fertilidad recabará al momento del procedimiento la Ratificación de los Consentimientos detallados previamente que serán enviados al FNR en formato PDF como documento adjunto a las Realizaciones. Deberá constar en los mismos la firma del ginecólogo especialista en reproducción y de la paciente y su pareja en caso de corresponder.

- *Formulario de elección de Clínica de Fertilidad*

El formulario de elección de Clínica de Fertilidad deberá adjuntarse al formulario de Solicitud de tratamiento de Reproducción Asistida.

- *Certificado/Constancia de ingresos expedida por DGI*

El certificado de ingresos expedido por la DGI deberá adjuntarse al formulario de solicitud de Ciclo de Estimulación. El mismo será enviado al FNR desde la Dirección Técnica de la Institución con todos los Formularios de Solicitud de Ciclo de Estimulación correspondientes.

Carácter de la autorización y validez de la misma

Evaluada la información por parte del equipo médico del FNR y teniendo en cuenta las normativas vigentes, se emitirá -si corresponde - una Autorización para realizar el procedimiento solicitado con cobertura financiera del FNR.

La no emisión de la Autorización solicitada significa solamente que, en las condiciones específicas, el procedimiento no se encuadra dentro de los requerimientos técnico-administrativos de cobertura financiera por parte del FNR. Por lo tanto no modifica las obligaciones asistenciales de los médicos actuantes y no supone un pronunciamiento sobre la pertinencia o no de la indicación médica realizada.

La Autorización emitida podrá incluir a modo de aclaración en su texto, alguna restricción al pago del procedimiento.

El FNR emite la Autorización sobre la base de la información médica enviada. La efectivización del pago estará sujeta a una evaluación definitiva con la información que se envíe una vez realizado el procedimiento.

La Autorización de solicitud de tratamiento de Reproducción Asistida de Alta Complejidad del FNR tiene una validez de tres meses. Pasado ese plazo sin que el procedimiento haya sido realizado, se deberá gestionar ante el FNR la actualización de la misma explicitando los motivos por los cuales al acto médico fue postergado.

INFORME DE REALIZACIÓN Y FACTURACIÓN

Una vez que se haya completado el procedimiento de Reproducción Asistida, la Clínica de Fertilidad actuante deberá ingresar el formulario electrónico de realización, evaluación y resultado en forma remota, junto a un resumen de historia clínica con la descripción del procedimiento realizado y de las complicaciones si las hubiere. En caso de cancelación antes de la transferencia deberá enviarse el formulario de realización de los módulos correspondientes y resumen de historia clínica donde se describa el motivo de cancelación y de complicaciones si las hubiere.

Las Clínicas de Fertilidad sólo podrán facturar los procedimientos que el FNR les comunique que tienen pago autorizado.

En forma previa al pago de los procedimientos presentados al cobro, el equipo médico del FNR estudiará la documentación enviada con los procedimientos realizados por las Clínicas de Fertilidad.

En caso que se encuentre algún tipo de inconsistencia entre los datos enviados o se carezca de algún dato relevante se suspenderá el trámite de pago y se solicitará a la Clínica de Fertilidad la información necesaria. Si de la evaluación resulta que se ha actuado fuera de la normativa vigente, o bien que la información enviada antes del procedimiento no reflejaba adecuadamente la situación clínica de la paciente, podrá disponerse el no pago del acto realizado.

SEGUIMIENTO Y CONTROL DE TRATAMIENTOS AUTORIZADOS

1. Autorizado el tratamiento solicitado en las condiciones establecidas, el FNR emitirá la Autorización a la Clínica de Fertilidad, a través de los mecanismos que considere pertinentes.
2. Es obligación de la Clínica de Fertilidad declarar las complicaciones o efectos adversos en caso de que hayan ocurrido.
3. El seguimiento y evaluación de respuesta de los tratamientos de reproducción asistida de alta complejidad autorizados, se realizará a través de controles que deberán ser enviados al FNR y están incluidos en los formularios de solicitud, realización, evaluación y resultado de ciclos de estimulación y de transferencia de embriones, con la periodicidad y exámenes que en ellos se detallan.

Concomitantemente se podrá contactar al paciente para ser evaluado en el FNR.

4. El FNR realiza un seguimiento de todos los procedimientos efectuados bajo su cobertura con la finalidad de la evaluación de la técnica en el mediano y largo plazo. Los datos recogidos a través de los formularios mencionados alimentan una base de datos que permitirá evaluar los resultados obtenidos con los diferentes procedimientos.
5. El FNR podrá implementar actividades de auditoría, seguimiento y control Técnico-administrativo de este tratamiento al igual que de los actos que financia, incluyendo consultas directas a las pacientes tratadas, control de historias clínicas y otras que entienda pertinentes para el cumplimiento de sus fines.
6. La medicación necesaria para realizar los tratamientos de reproducción asistida de alta complejidad será dispensada a las pacientes en la Farmacia del Fondo Nacional de Recursos de lunes a viernes de 9.00 a 17.00 hrs. según la indicación del médico ginecólogo especializado en reproducción. En caso de inicios de tratamientos o cambios en la indicación de protocolo utilizado, durante los fines de semana y feriados la medicación deberá ser retirada en la Farmacia del Banco de Seguros del Estado.
Asimismo, el Centro Médico de Salto dispensará la medicación específica para realizar los tratamientos de reproducción asistida en esa ciudad.
7. Todos los formularios referidos en la presente normativa se encuentran disponibles en la página web del FNR www.fnr.gub.uy.
8. Las Clínicas de Fertilidad que no cumplan con el envío de la información requerida en la Normativa, podrán quedar excluidas de nuevos tratamientos hasta tanto no regularicen la información pendiente.